

MIELENTERVEYSPALVELUT

KRISTIAN WAHLBECK

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan mielenterveyden häiriön takia annettavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Palveluiden järjestämisestä vastaavat Suomessa kunnat. Palveluita tuottavat ennen kaikkea kunnat ja sairaanhoitopiirit, mutta järjestöjen ja muitten yksityisten palveluntuottajien rooli mielenterveyspalveluissa on kasvava. Järjestöt toimivat ennen kaikkea asumisen ja arjen tukemisessa ja joidenkin erityisryhmien, kuten maahanmuuttajien, mielenterveyspalveluiden tuottamisessa. Yksityisten yritysten ja ammatinharjoittajien tarjoamien mielenterveyspalveluiden painopiste on yksityisissä lääkäripalveluissa ja asumispalveluissa. Valtion vastuulla on oikeuspsykiatrinen laitoshoido Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaaloissa sekä vankien psykiatrisen hoidon tuottaminen.

Mielenterveystyö on mielenterveyspalveluita laajempi käsite. Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta (Mielenterveyslaki 1990/1116). Täten mielenterveystyö koskee monia yhteiskunnan sektoreita, ulottuen sosiaalipolitiikasta ja yhteiskuntasuunnittelusta varsinaisiin mielenterveyspalveluihin. Tuloksekas mielenterveystyö edellyttää yhteiskunnan eri sektoreiden yhteistyötä väestön psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi.

MIELENTERVEYSTYÖN STRATEGINEN JOHTAMINEN HAKUCESSA

Mielenterveyspalvelut ovat käyneet läpi suuri muutoksia viimeisen 15 vuoden aikana. Vuoden 1991 alusta erikoissairaanhoitolaki yhdensi mielisairaanhoitopiirit ja sairaanhoitopiirit. Valtion normi- ja talousohjaus mielenterveyspalveluissa loppui vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen myötä. Psykiatrian voimavaroja leikattiin sairaanhoitopiireissä somaattista sairaanhoitoa enemmän 1990-luvulla. (Kärkäinen 2004.)

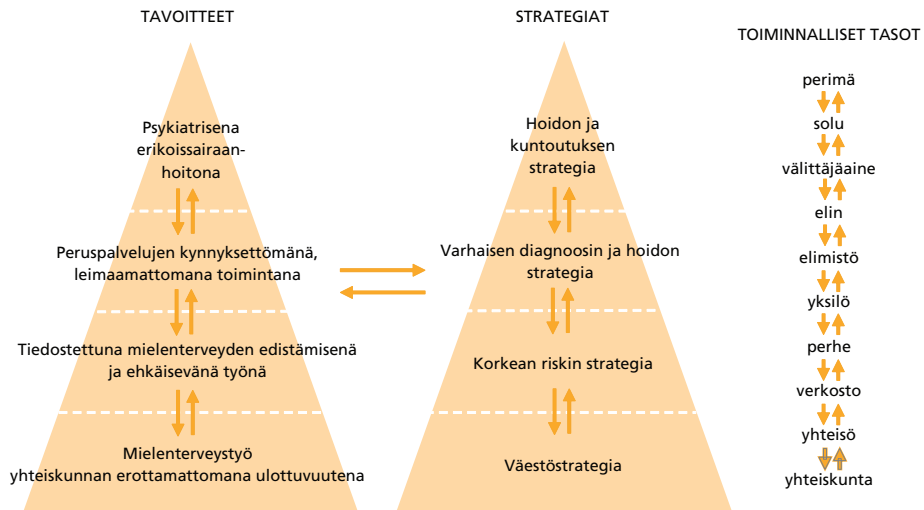
Hallinnollisten uudistusten jälkeen siirryttiin tieto-ohjauksen aikakauteen. Tänä aikana keskushallinto on pyrkinyt kehittämään ja ohjaamaan mielenterveys-

työtä monen hankkeen ja suosituksen avulla. Stakes julkaisi vuonna 1994 oppaan ”Mielenterveystyö kunnan asialistalle!” (Stakes 1994) ja vuonna 2000 oppaan ”Tienviittoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimiseen” (Koivunen 2000). Vuonna 2000 sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden kehittämistyöryhmän yhdeksän selvityshenkilön työn pohjalta julkaistiin ”Mielekäs elämä. Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksat” (STM 2000). Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2002 mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (STM 2002). Näitä seurasivat Pääsky-ohjelman toimenpidesuosituksat (Kiikkala ym. 2002), Mielekäs elämä! -hankkeen julkaisemat mielenterveyspalveluiden kehittämissuosituksat (Immonen ym. 2003) ja Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio ”Työnjako ja työrasitus mielenterveyspalveluissa” (STM 2004), joka sisältää joukon suosituksia mielenterveyspalveluiden kehittämisestä.

Takautuvasti tarkastellen näyttää selvältä, että runsas tieto-ohjaus ei ole ratkaissut mielenterveystyön ongelmia. Monista oppaista, selvityksistä ja suosituksista huolimatta mielenterveystyö on monissa kunnissa edelleen kehittymätöntä. Palvelut ovat pirstoutuneita ja pääosin kuratiivisia. Mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäisy ja myös psykososiaalinen kuntoutustoiminta ovat monissa kunnissa jääneet liian vähälle huomiolle. Vastuunkantajaa ehkäisevästä mielenterveystyöstä ja väestön mielenterveyden edistämisestä ei palveluissa ole (STM 2004). Monet kehittämissuosituksat eivät ole juurtuneet käytäntöihin, ja varsinkin strateginen laaja näkemys mielenterveyden edistämisestä kunnan tehtävänä yli sektorirajojen tuntuu monissa paikoin jääneen saavuttamatta (Lassila 2006). Lisääntyvä kansainvälinen näyttö mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän mielenterveystyön vaikuttavuudesta (Doughty 2005; Jané-Llopis ym. 2005) ei ole vielä yleisesti vaikuttanut suomalaisen mielenterveystyön käytäntöihin.

Stakesin tuore MERTTU-selvitys osoittaa, että kansallisesta ohjauksesta huolimatta vain joka neljäs kunta oli ottanut käyttöönsä mielenterveystyön strategian tai ohjelman vuoteen 2005 mennessä (Harjajärvi ym. 2006). Kansalliset suosituksat ovat siis suurelta osin jääneet retoriikaksi vailla juurtumista kuntien käytäntöihin. Irma Kiikkala ja Tuula Immonen (2001) sekä Antero Lassila (2006) ovat esittäneet mallin kokonaisvaltaisen mielenterveystyön tavoitteiden, strategioiden ja käytännön työmenetelmien tasoista (kuvio 1). Tätä nykyä toiminnan painopiste on kuvion pyramidien huipuissa ja mielenterveystyön suurena haasteena on painopisteen siirtäminen kohti väestötasoa.

Erikoissairaanhoitolain (1989/1062) uusi 10 § on vuodesta 2005 velvoittanut sairaanhoitopiirejä huolehtimaan yhteistyössä terveyskeskusten ja kuntien sosiaalitoimen kanssa palvelujen yhteensovittamisesta. Erikoissairaanhoitolain muutos tukee mielenterveyslain 5 §:ää ja kansanterveyslaissa (1972/66) jo vuodesta 1990 ollut yhteistyövelvoite sairaanhoitopiirin ja kunnan peruspalveluiden välillä. Nähtäväksi jää, ottavatko sairaanhoitopiirit kokonaisvastuun alueensa mielenterveyspalveluiden suunnittelusta, koordinaatiosta ja kehittämisestä.



KUVIO 1.

Lähde: Kiikkala & Immonen 2001; Lassila 2006.

SUUNTAAKO HOITOTAKUU TERVEYDENHUOLLON RESURSSIJA OIKEIN?

Vuodesta 2001 mielenterveysasetukseen on sisällytynyt säännöksiä hoitotakuusta lasten- ja nuorisopsykiatrisissa palveluissa. Kaikki psykiatrinen hoito on ollut erikoissairaanhoidolain hoitoon pääsyn enimmäisaikojen piirissä 1.3.2005 alkaen. Yhtenäiset hoitoon pääsyn kriteerit on luotu lastenpsykiatrialle, nuorisopsykiatrialle ja aikuispsykiatrialle. Lainmukaisen hoitoon pääsyn toteutumisessa on alueellista vaihtelua.

Vuosituhaten alussa lastenpsykiatrian jonot vähenivät, mutta eduskunnan myöntämästä lisämäärärahasta ja laitoshoidon lisääntymisestä huolimatta lastenpsykiatrista hoitoa jonottavien määrä ei ole vuoden 2003 jälkeen kansallisella tasolla vähentynyt. Syksyllä 2006 toteutetun kyselyn mukaan hoitoa jonotti yli säädetyn rajan (3 kuukautta) yli 400 lasta ja yli 200 nuorta (A. Rauvala, Stakes, suullinen tieto). Alueittain tarkasteltuna tilanne on lasten ja nuorten psykiatrisen hoitotakuun toteutumisen suhteen tyydyttävä, paitsi Varsinais-Suomen ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Useimmissa sairaanhoitopiireissä voi kuitenkin yksittäistapauksissa olla yli kolmen kuukauden viivettä hoitoon pääsyssä.

Aikuispsykiatriassa pääosa sairaanhoitopiireistä pystyy toteuttamaan hoitoon pääsyä määräajassa, joskin ongelmat psykoterapeuttiseen hoitoon pääsemisessä ei-

vät välttämättä tilastoidu sairaanhoitopiirien toimittamissa jonoluvuissa. Raportoituja ongelmia hoitoon pääsyssä on lähinnä erikoispalveluissa, kuten syömishäiriöpoliklinikoilla ja neuropsykiatrian poliklinikoilla.

Hoitotakuu-uudistusta edeltänyt julkinen keskustelu keskittyi leikkausjonoihin, ja lain tultua voimaan on lisäresursseja panostettu ennen kaikkea leikkauskapasiteetin lisäämiseen jonojen lyhentämiseksi. Psykiatriassa suuri osa potilaista tulee hoitoon päivystystapauksina, ja erikoisalalla perinteisesti ei ole pidetty kirjaa potilasjonoista. Myös lasten- ja nuorisopsykiatriassa tilastointijärjestelmät ovat puutteellisia ja epäyhtenäisiä, joten ajantasaista kansallista seurantatietoa jonotilanteesta ei ole säännöllisesti saatavilla. Todellisen jonotilanteen seuraamiseksi ja psykiatrian resurssitarpeiden todentamiseksi tarvitaan kansallisesti yhtenevät määritelmät siitä, milloin potilas on lähetetty hoitoon, milloin hoidon tarpeen arvioinnin on katsottava aloitetuksi ja milloin tarpeellinen hoito on katsottava aloitetuksi. Vain läpinäkyvä ja yhtenevä seurantajärjestelmä mahdollistaa luotettavan kansallisen arvion psykiatrian jonotilanteesta ja vertailun sairaanhoitopiirien välillä.

ONGELMALLINEN HALLINNOLLINEN PIRSTOUTUMINEN

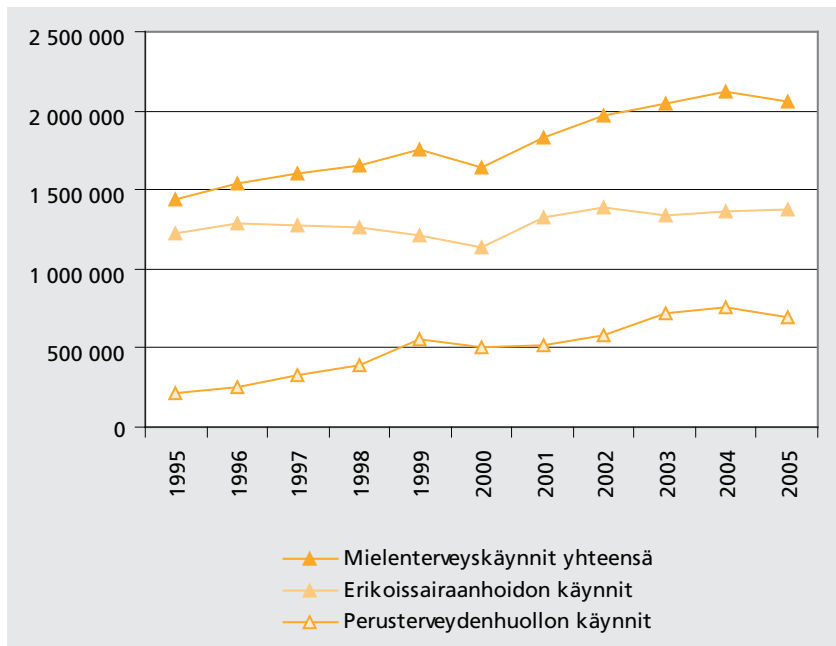
Mielenterveyspalvelujen hallinnollinen hajanaisuus heikentää varsinkin lasten ja nuorten mielenterveystyön toimintaedellytyksiä. Jotta nykyisiä voimavaroja voitaisiin käyttää parhaalla mahdollisella tavalla, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä oppilashuollon piirissä hajallaan olevien lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen koordinointi ja kokoaminen on tarpeen. Erityisesti lasten avohoitopalvelujen jakautuminen osaksi perhe- ja kasvatuseuvoloihin ja osaksi lastenpsykiatriisiin avohoidon toimipisteisiin johtaa helposti toimintojen päällekkäisyyteen ja hallinnollisiin esteisiin. Toimintojen nykyisen jakautuneisuuden tarkoituksenmukaisuutta on syytä tarkastella kriittisesti koko maan tasolla.

Myös päihdehuollon ja mielenterveyspalvelujen puutteelliseen yhteensovittamiseen on kiinnitetty huomiota (STM 2004). Puutteellisen yhteensovittamisen vuoksi hoito on pirstoutunut, mikä on valitettavaa, koska useimmilla päihteiden väärinkäyttäjillä on mielenterveysongelmia ja toisaalta mielenterveyden häiriöt ovat päihteiden väärinkäytön keskeinen riskitekijä. Päihdehuollon organisatorinen asema osana sosiaalihuoltoa voi vaikeuttaa lääketieteellisen hoidon tarjontaa. Tällainen hoito on osoittautunut tehokkaaksi monille päihteiden väärinkäyttäjille. Päihdehuoltolaitoksessa toteutetun hoidon ehtona on yleensä kotikunnan sosiaalitoimiston antama maksusitoumus. Usein sen saaminen ei onnistu vaikeuksitta, ja

tämä aiheuttaa esteen. Kansallisella tasolla on syytä selvittää, miten toteuttaa päihdepotilaiden yhdenvertaisuus muiden potilaiden kanssa. Tämä voisi toteutua siirtämällä päihdehuoltoa osaksi terveydenhuoltoa, säilyttäen päihdehuoltoon kuuluvaa moniammatillisuutta. Päihdehuollon toteutuminen osana terveydenhuoltoa voisi vähentää päihteidenkäyttäjien leimautumista ja normalisoida suhtautumista päihdeongelmien hoitoon.

PSYKIATRISEN HOIDON KYSYNTÄ LISÄÄNTYY

Avohoidossa mielenterveyskäyntien määrä on jatkuvassa kasvussa. Viimeisen kymmenen vuoden aikana tilastoitujen käyntien määrä on lisääntynyt lähes puolitoistakertaiseksi. Varsinkin perusterveydenhuollossa toteutetut käynnit ovat lisääntyneet (kuvio 2). Vuonna 2005 tilastoitiin yli kaksi miljoonaa terveydenhuollon mielenterveyskäyntiä (Stakes 2006). Avoterveydenhuoltoa käyttäneitä henkilöitä ei rekisteröidä, joten ei ole tiedossa, onko hoitoa saaneiden henkilöiden määrä kasvanut suhteessa käyntien määrään.



KUVIO 2. Mielenterveyshuollon avohoitokäynnit vuosina 1995–2005

Lähde: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006.

Tutkimuksellista näyttöä mielenterveyden häiriöiden lisääntymisestä Suomessa ei ole (Wahlbeck 2004). Kuitenkin mielenterveyspalveluiden kysyntä on jatkuvasti kasvanut. Kasvavan kysynnän syyt liittyvätkin enemmän yhteiskunnallisiin muutoksiin kuin epidemiologisiin muutoksiin. Perhe- ja sukulaissiteiden löystyminen, elämään kuuluvien normaali-ilmiöiden medikalisaatio ja mielenterveyden häiriöihin liittyvän stigman ja häpeän lieventyminen ovat lisänneet ammatillisen mielenterveysavun hakemista.

Väestön koetun ammattiavun tarpeen lisääntyminen heijastuu myös lääkekulutuskuluihin. Masennus- ja unilääkkeiden kulutus on viimeisen kymmenvuotiskauden aikana moninkertaistunut. Vuonna 2005 Suomessa kulutettiin 1 000 asukasta kohti 52 määriteltyä vuorokausiannosta (DDD) masennuslääkkeitä ja 54 vuorokausiannosta unilääkkeitä (Läkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2006). Kymmenessä vuodessa masennuslääkkeiden kulutus vuorokausiannoksina mitattuna on lähes kolminkertaistunut ja unilääkkeiden kulutus on lähes puolitoistakertainen. Ilmeistä on, että kulutuksen kasvu ei pelkästään selity aikaisemmin hoitamatta jääneiden mielenterveyden häiriöiden siirtymisellä lääkehoidon piiriin, vaan myös kuvastaa muutosta väestön ja lääkärikunnan suhtautumisessa psykiatriahoitoon. Sairaanhoidopiirien välillä on lähes kahdenkertaisia eroja masennus- ja unilääkkeiden kulutuksessa, mikä viittaa alueellisiin eroihin hoitokäytännöissä.

Toisaalta on myös merkkejä siitä, että hoidon piirissä olevien hoidon laatu on parantunut. Satakunnan sairaanhoitopiirissä tehdyn selvityksen mukaan masennuksesta kärsivien potilaiden saaman lääkehoidon riittävyys parani merkittävästi vuodesta 1989 vuoteen 2001 (Sorvaniemi ym. 2006.)

On vaikeaa arvioida, kohdistuuko lisääntynyt avohoitotoiminta ja psykiatrialääkkeiden käyttö oikein. Terveys 2000 -tutkimuksesta tiedämme, että suuri osa vaikeistakin mielenterveyden häiriöistä kärsivistä ei ole hoidon piirissä (Hämäläinen ym. 2004). On mahdollista, että lisääntyneet avohoitokäynnit ja psykiatrialääkkeiden käyttö ohjautuvatkin väestönosaan, jolla on hyvä sosiaalinen asema ja korkea mielenterveysvalistuneisuus. Puutteellisen porrastuksen takia lievemmistä häiriöistä kärsivät potilaat tukkivat erikoispalveluita, ja tämän seurauksena palvelutarjonta on pienintä eniten mielenterveyspalveluja tarvitseville. Mielenterveyspalvelujen tarjonta on puutteellista muun muassa kehitysvammaisille, asunnottomille, monioireisille käytöshäiriöistä kärsiville henkilöille, kielivähemmistöille, pakolaisille ja muille maahanmuuttajille, vangeille ja päihdeongelmista kärsiville mielenterveyspotilaille.

Tutkimuksissa on toistuvasti todettu, että vangeilla on paljon mielenterveyden ongelmia. Mielenterveyspalvelujen puutteeseen Suomen vankiloissa on viitattu muun muassa Euroopan neuvoston kidutuksen vastaisen komitean raportissa (CPT 2004). Mielenterveyspalvelujen puute on ristiriidassa kasvavan tarpeen kanssa. Äskettäinen rekisteritutkimus osoittaa, että mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten vankien määrä on lisääntynyt 1980-luvun puolivälistä (Sailas ym.

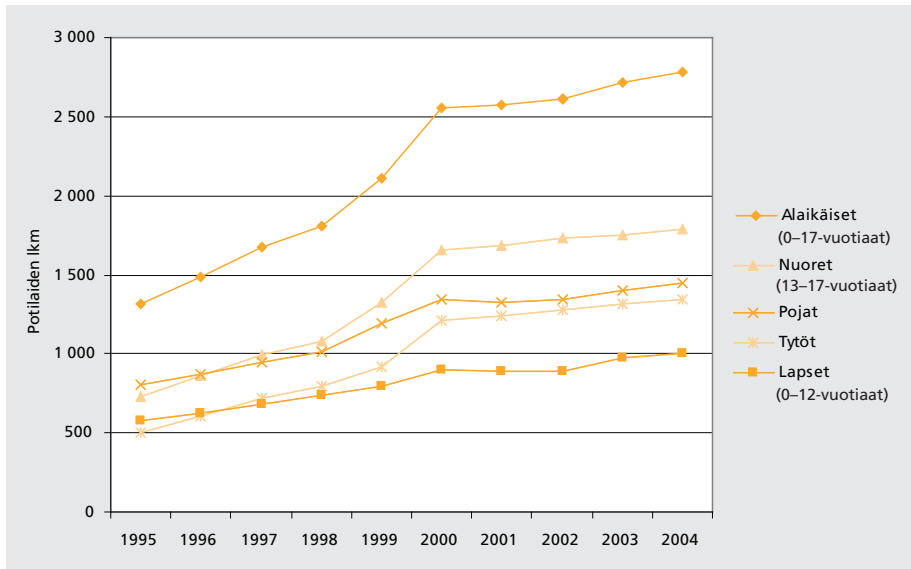
2005a). Näin on tapahtunut, vaikka tietoiset toimet nuorisovankien määrän vähentämiseksi ovat johtaneet nuorten vankien kokonaismäärän laskuun. Vankilatuomion saaneiden nuorten kuolleisuus on yleensäkin kasvamaan päin, mutta erityisen suuri riski (yli kahdeksankertainen normaaliväestöön verrattuna) kuolla ennenaikaisesti on nuorilla vangeilla, jotka ovat olleet psykiatrisessa sairaalahoitossa (Sailas ym. 2005b).

LASTEN JA NUORTEN PSYKIATRINEN SAIRAALAOITO

Kuluneen kymmenvuotiskauden aikana psykiatrisessa sairaalahoitossa hoidettujen alaikäisten potilaiden määrä kaksinkertaistui ja hoitopäivät lisääntyivät 44 prosenttia. Vuonna 1995 hoidettuja alaikäisiä oli 1 313 ja vuonna 2004 heitä oli 2 787. Vuonna 1995 oli psykiatrisessa sairaalahoitossa 0,22 prosenttia alaikäistä, kun vastaava luku vuonna 2004 oli 0,55 prosenttia. Alaikäisten sairaalakäytön lisääntymistä on tapahtunut kaikissa sairaanhoitopiireissä. Tarkastelujakson aikana tahdonvastaisten läheteiden osuus kaikista läheteistä on kasvanut. Vuonna 1995 noin 10 prosenttia kaikista alaikäisten sairaalahoitojaksoista toteutui tahdosta riippumattoman läheteen perusteella, kun vuonna 2004 sama luku oli lähes 20 prosenttia. (Tuori ym. 2006.)

Nuorten tyttöjen psykiatrinen sairaalahoito kasvoi voimakkaasti vuosituhanen vaihteeseen saakka, jonka jälkeen kasvu on ollut lievempää. Alle 13-vuotiaista valtaosa psykiatrisessa sairaalahoitossa olevista on poikia, kun taas nuoruusiässä tyttöjä on sairaalahoitossa noin kaksi kertaa enemmän kuin poikia. Prosentuaalisesti psykiatrisen sairaalahoiton kasvu vuosina 1995–2004 oli suurinta 13–17-vuotiailla tytöillä: hoidettujen määrä lisääntyi 197 prosenttia eli lähes kolminkertaistui. Se että nuoria tyttöjä on sairaalassa enemmän, saattaa selittyä nuorten poikien ohjautumisella ensisijaisesti sosiaalitoimen laitoksiin, kuten koulukoteihin (Kaivosoja 1996).

Alaikäisten hoitojaksojen keskimääräiset pituudet lyhenivät seuranta-aikana 54 päivästä 43 päivään. Hoitojaksojen keskimääräiset pituudet vaihtelevat voimakkaasti sairaanhoitopiirien välillä. Ajanjaksolla 2002–2004 keskimääräinen sairaalahoiton pituus on ollut pisimmillään 80 vuorokautta (Satakunnan sairaanhoitopiiri) ja lyhimmillään noin 10 vuorokautta (Ahvenanmaa). (Tuori ym. 2006.)



KUVIO 3. Alaikäisten määrät psykiatrisessa sairaalahoidossa vuosina 1995–2004

Lähde: Tuori ym. 2006.

Vuodesta 2000 lähtien on eduskunnassa kiinnitetty erityistä huomiota lasten ja nuorten psyykkiseen kehitykseen myöntämällä vuosittain kunnille ja kuntainliitoille erityistä valtiontukea alle 16-vuotiaiden lasten psykiatriseen hoitoon ja kuntoutukseen. Valtiontuki on vahvistanut lasten- ja nuorisopsykiatrisen terveydenhuollon rahoitusta, mutta toisaalta hankerahoitus on tehnyt toiminnasta lyhytjänteistä ja varsin epäjatkuvaa. Pitkän aikavälin suunnittelu ja useiden vuosien hankkeet ovat olleet vaikeita toteuttaa, kun rahoitusmalli on perustunut yksivuotiseen hankerahoitukseen.

Alaikäisten psykiatrinen sairaalahoido on lisääntynyt voimakkaasti. Kasvun taustalla lienee sekä sairaalapalvelujen lisääntynyt tarjonta että avohoidon riittämättömyys. Voidaan kysyä, onko sairaalahoidon korostuminen paras mahdollinen kehityssuunta. Laitoshoidon lisääntyminen merkitsee, että lapsia ja nuoria hoidetaan aiempaa useammin heidän omien sosiaalisten verkkojensa ulkopuolella ja että mielenterveyslaissa mainittu avopalveluiden ensisijaisuus sivuutetaan. Vaihtoehtona sairaalahoidolle voisivat olla tehokkaat moniammatilliset etsivät avopalvelut, joiden toiminta olisi sovitettu yhteen lastensuojelutoiminnan kanssa.

AIKUISVÄESTÖN AVOPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN

Aikuisväestön mielenterveyspalveluja selvittäneen Stakesin MERTTU-hankkeen mukaan kuntien välillä on havaittavissa selkeitä eroja niin mielenterveyspalvelujen järjestämisen tavoissa kuin palvelujen monimuotoisuudessaakin. Yleisin palvelujen järjestämisessä tapahtunut hallinnollinen muutos on ollut mielenterveyspalvelujen siirtäminen erikoissairaanhoidosta joko kokonaan tai osittain terveyskeskuksen toiminnaksi. Näin oli vuoteen 2005 mennessä tapahtunut yli puolessa vastanneista kunnista. Muutos ei kuitenkaan ole luonut monimuotoisuutta palvelutarjontaan. (Harjajärvi ym. 2006.)

Palvelurakenne on monipuolisin suurissa kaupungeissa, ja palveluja järjestävän alueen riittävä väestöpohja onkin edellytyksenä monipuolisten palvelujen tarjoamiselle. Voidaan arvioida, että mielenterveyspalveluiden riittävän monimuotoisuuden turvaamiseksi avohoitopalvelujen väestöpohjan tulisi olla ainakin 100 000 asukasta.

Yleensä ympärivuorokautisia mielenterveyspalveluja tarjoavat yksiköt ovat perinteisiä sairaalaosastoja, mikä ei välttämättä ole paras hoitomuoto asiakkaan kannalta eikä myöskään taloudellisin ratkaisu. Vaihtoehtoja perinteiselle sairaalahoidolle ei yleensä ole tarjolla, kun tarvitaan akuuttia ympärivuorokautista hoitoa. Järjestettyä päivätoimintaa on tarjolla melko vähän huolimatta siitä, että se muodostaa tärkeän osan mielenterveyskuntoutujan palvelupalettia. Avopalvelut ovat useimmiten perinteisiä pysyviä ajanvarauspalveluja huolimatta siitä, että niiden rinnalle tarvittaisiin myös monipuolisia ja kehittyneitä, liikkuvia ja päivystyksellisiä avopalveluja. (Harjajärvi ym. 2006.)

Pitkään jatkuneista avohoidon kehittämisyrittämisistä huolimatta tilanne on monissa kunnissa mielenterveyspalveluiden monimuotoisuuden suhteen edelleen epätydyttävä. Laitoshoitopainotteisuutta esiintyy paikoitellen edelleen, eivätkä avopalvelut ole kehittyneet riittävän monipuolisiksi. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos on vielä kesken, ja niin mielenterveystyön kuin mielenterveyspalvelujenkin kehittäminen tulee pysymään kuntien suurena haasteena myös jatkossa.

Klubitalot edustavat uutta yhteisöllistä ja asiakaslähtöistä palvelumuotoa mielenterveyskuntoutujille (Pöyhönen 2003). Klubitalojen tavoitteena on tukea työelämään pääsyä siirtymätyöpaikkojen ja tuetun koulutuksen kautta. Suomessa toimi vuonna 2005 18 klubitaloa, joiden toimintaa on arvioinut Kuntoutussäätiö (Härkäpää ym. 2006). Arvioinnin mukaan klubitaloilla on tärkeä rooli palvelukentässä, mutta siirtymätyöpaikkoja ne ovat toistaiseksi pystyneet tarjoamaan varsin rajallisesti.

Avohoitopainotteisessa palvelujärjestelmässä omaisten vastuu mielenterveyskuntoutujien arkipäivän selviytymisestä on korostunut. Avopalveluiden puutteet lisäävät omaisten kuormittuneisuutta. Noin viidesosan omaisista on todettu elä-

vän siinä määrin vaikeassa tilanteessa, että heidän oma hyvinvointinsa vaarantuu. Omaisten jaksamiseen tulisikin kiinnittää aiempaa enempiä huomiota ja tarjota perheille monipuolisia tukitoimia. (Stengård 2005.)

MIELENTERVEYSAVOPALVELUJEN KEHITTÄMISTARPEET

Mielenterveysavopalvelujen suurimpia ongelmakohtia ovat vähäinen vetovoimaisuus alan ammattihenkilökunnan silmissä (STM 2004). Avohoito ei ole toiminut parhaalla mahdollisella tavalla pitkäaikaisen ja sitkeän henkilöstöpulan vuoksi. Erityisesti on osoittautunut vaikeaksi täyttää avohoidon palveluissa toimivien psykiatrien paikkoja, vaikka Suomessa on psykiatreja enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Psykiatriiheys on Suomessa korkealla eurooppalaisella tasolla (Korkeila ym. 2003a).

Suomen Lääkäriliiton lääkärikysely kertoo, että alle 20 prosenttia psykiatreista toimii avohoidon palveluiden puolella. Työ koetaan kuormittavaksi; varsinkin avohoidossa toimivat psykiatrit ja lastenpsykiatrit raportoivat muita lääkäreitä enemmän masennusta ja loppuun palamista (Korkeila 2003b).

Psykiatrien kaikkoaminen avohoidosta on kestävätilanne terveydenhuoltojärjestelmässä, jossa korostetaan avohoidon ensisijaisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvitysmies Jyrki Korkeila on esittänyt joukon koulutuksen kehittämistoimenpiteitä (Korkeila 2006c). Ehdotuksiin kuuluu psykiatrian palveluksen kasvattaminen yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkäriskoulutuksessa, vanhuspsykiatrian kehittäminen itsenäiseksi erikoisalaksi ja mielenterveystyön opetuksen ja siihen kuuluvan käytännön harjoittelun lisäämistä sairaan- ja lähihoitajakoulutuksessa. Selvityshenkilö esittää myös depressiohoitajamallin laajaa käyttöönottoa perusterveydenhuollossa.

Mielenterveyspalvelujen avohoito on haasteiden ja valintojen edessä. Uusia ratkaisuja tarvitaan sekä organisaation että sisällön suhteen, jos halutaan palauttaa avopalveluiden vetovoimaisuus henkilökunnan silmissä. Samanaikaisesti mielenterveystyötä on laajennettava siten, että se sisältää myös mielenterveyden edistämisen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn. Arvioinnin ja hoidon on perustuttava tieteelliseen näyttöön, ja Käypä hoito -suositukset on pantava täytäntöön. Näitten haasteitten edessä käynnistettiin vuonna 2005 osana kansallista terveydenhuollon kehittämishanketta kolme alueellista päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanketta: Pohjanmaa-hanke, Vantaan Sateenvarjo-hanke ja Lapin sairaanhoitopiirin hanke. Hankkeiden tavoitteena on kehittää uusia alueellisia ratkaisumalleja mie-

lenterveyden ja päihitteettömyyden edistämiseen, ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen. Kiinnostusta herättää muun muassa Pohjanmaa-hankkeessa toteutettava väestölle suunnattu mielenterveyden ensiapukoulutus ja Sateenkaari-hankkeessa toteutettava perusterveydenhuollon depressiohoitajamalli.

ONKO PSYKIATRISTA SAIRAALAHOITOA AJETTU LIIAN ALAS?

Psykiatrisen laitoshoidon osalta voidaan edelleen todeta lievää laskua hoitopäivissä 1990-luvun jyrkän laskun jatkeena. Vuonna 2005 toteutui tuhatta asukasta kohti 339 psykiatrista hoitovuorokautta. Psykiatrista hoitoa pyritään nykyään yhä enemmän toteuttamaan avohoitona, potilaan sosiaalista verkostoa säilyttäen. Psykiatrisen sairaalahoidon volyymi on nykyään alle neljäsosa siitä, mitä se oli 1970-luvun alussa.

Jossakin määrin on keskusteltu siitä, onko psykiatrista sairaalahoitoa supistettu potilaiden hyvinvoinnin kustannuksella. Tilanteen kokonaisvaltainen arviointi on haastava. Stakesin MERTTU-hanke on arvioinut sairaaloiden alasajon vaikutavuutta tarkastelemalla psykiatrisesta hoidosta uloskirjoitettujen potilaiden itsemurhia. Itsemurhaa on näissä tutkimuksissa käytetty sairaalahoidon epäonnistumisen osoittimena. On ollut pelättävissä, että hoitajaksojen liiallinen lyhyys voisi johtaa sairaalahoidon jälkeisten itsemurhien lisääntymiseen. Britta Sohlmanin ym. (2006) tutkimuksessa voitiin kuitenkin todeta, että alle viikon pituisen hoitajakson jälkeinen itsemurhakuolleisuus pieneni vuosina 1987–2001 noin kolmasosaan. Tulosten mukaan psykiatristen sairaalahoitajaksojen lyhentymisen ei ole Suomessa huonontanut hoitotuloksia hoidonjälkeisten itsemurhien määrällä mitattuna. Tarkasteltaessa uloskirjoitusta seuranneen vuoden aikana tapahtuneita itsemurhia sama löydös on toistettavissa. Vuosina 1995–2001 riski kuolla itsemurhaan vuoden sisällä psykiatrisesta sairaalahoidosta on ollut merkitsevästi pienempi kuin vuosina 1985–1991 (Pirkola ym. 2007). Psykiatristen laitospaikkojen vähentäminen näyttää näitten tutkimusten valossa onnistuneelta.

LAINSÄÄDÄNTÖTARPEET

Sekä mielenterveyspalvelujen avohoitoa painottava rakennemuutos että muut lainsäädännölliset muutokset ovat tehneet mielenterveyslain uudistamisen välttämättömäksi. Rikoslain vuodelta 2003 peräisin oleviin laajennettuihin syyntakeettomuuden perusteita koskeviin määräyksiin sisältyy nyt myös vakava mielenterveyden häiriö. Näin ollen henkilöitä, joita syyntakeettomuuden vuoksi ei voida tuomita rangaistukseen, ei aina voida ottaa tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon mielenterveyslain perusteella. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittamista pohtiva työryhmä on 1.2.2006 jättänyt muistion (STM 2005), jossa työryhmä esittää mielenterveyslain muuttamista siten, että syyntakeettomaksi todettu henkilö voitaisiin määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon myös tiettyjen persoonallisuushäiriöiden perusteella. Muutosehdotusta perustellaan hoidollisella hyödyllä. Lisäksi työryhmä esittää, että mielenterveyslakiin sisällytetään säädökset kriminaalipotilaita koskevasta veloitteisesta avohoidosta.

Työryhmän ehdotuksissa nojaututaan amerikkalaisen psykiatriyhdistyksen tautiluokituksen (DSM-IV) määritelmään persoonallisuushäiriöstä. On kuitenkin pidettävä mielessä, että kyseinen tautiluokitus suurelta osin on psykiatrian sisäisiin määritelmiin nojautuva ja että psykiatrian tietopohjan kasvaessa psykiatrisen tautiluokitus tulee tulevaisuudessa huomattavasti muuttumaan (Helzer ym. 2006; Mullen 2006). Suomalaisen lainsäädännön sitominen muuttuvaan amerikkalaiseen diagnosoijärjestelmään olisi ongelmallista ja johtaisi tilanteeseen, jossa suomalaista lainsäädäntöä jouduttaisiin muokkaamaan amerikkalaisen psykiatriyhdistyksen määritelmien muuttuessa. Lainmuutoksen valmistelutyössä tulisi huolellisesti ja mahdollisimman yksiselitteisesti määritellä, miten ilmenee tahdosta riippumattomaan hoitoon oikeuttava vakava mielenterveyden häiriö.

Psykiatrian vuodepaikkojen dramaattinen väheneminen, avohoidon laajentaminen ja pyrkimys sosiaaliseen osallisuuteen ovat johtaneet siihen, että yhä vaikeammista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita hoidetaan avopalveluissa. Jos potilas on huonosti motivoitunut hoitoon, on sairaalahoitoon määrääminen potilaan tahdosta riippumatta nyt ainoa mahdollinen menettelytapa silloin, kun esimerkiksi tahdonvastainen lääkintä on välttämätöntä. Tämän voidaan toisaalta katsoa olevan ristiriidassa sen periaatteen kanssa, että hoitoon tulisi liittyä mahdollisimman vähän vapauden rajoituksia. Siten voidaan ajatella, että työryhmän esittämä lainsäädäntö, joka mahdollistaisi kriminaalipotilaiden veloitteisen avohoidon (STM 2005), itse asiassa tukisi potilaan vapautta. Toisaalta on esitetty, että pakon käyttäminen avohoidossa merkitsisi sellaista kansalaisen itsemääräämisoikeuteen puuttumista, jota ei voida hyväksyä. Kansainväliset kokemukset pakon käyttämisestä mielenterveyden avohoidossa ovat enimmäkseen myönteisiä. Me-

nettelyn on todettu avaavan uusille psykiatristen sairaaloiden potilasryhmille mahdollisuuksia yhteiskuntaan integroitumiseen. Hyötyjä ei kuitenkaan ole osoitettu laadukkaissa etenevissä arviointitutkimuksissa. Cochrane-katsauksen mukaan velvoitteinen avohoito ei vähentänyt uudelleen psykiatriseen sairaalaan joutumisen riskiä (Kisely ym. 2006). Keskustelu velvoitteisesta avohoidosta on ajankohtainen myös muissa Pohjoismaissa (Dansk Psykiatrisk Selskab 2005).

MIELENTERVEYSPALVELUIDEN RESURSOINTI

Neljäsosa suomalaisten sairaustaakasta ja sairauspäivistä johtuu mielenterveyden häiriöistä. On aihetta kysyä, ovatko julkiset mielenterveyteen liittyvät toimet tähän nähden oikein mitoitettuja. Kattavaa kansallista tietoa mielenterveyspalveluiden taloudellisista voimavaroista ei ole saatavilla, mutta tuoreen selvityksen mukaan kuntien kokonaiskustannusten mielenterveys- ja päihdepalveluista, mukaan lukien kiinteät kustannukset, arvioidaan vuositasolla olevan 85–159 euroa asukasta kohden (Vitikainen ym. 2005). Verrattuna kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoihin (vuonna 2004 keskimäärin 1399 euroa asukasta kohden) luku on suhteettoman alhainen. Peruspalveluiden osuus mielenterveys- ja päihdetyön kustannuksista vaihteli tutkituissa kunnissa 9–17 prosenttiin, riippuen kuntien palvelujärjestelmästä

Kuntien mielenterveyspalveluihin osoitettujen voimavarojen suhteeton niukkuus tuskin heijastaa rationaalista yhteiskuntataloudellista pohdintaa, vaan niukkuus perustuneee vanhentuneille asenteille ja arvostuksille. Mielenterveys- ja päihdetyön kannalta voimavarojen jako ei nykyisellään ole riittävä eikä oikeudenmukainen. Mielenterveystyön suuri haaste on päästä eroon leimaamisesta ja nostaa profiliaan arvostuksen ja voimavarojen jaon oikeudenmukaisuuden lisäämiseksi. Tässä taistelussa stigmaa vastaan tarvitaan kaikkien yhteiskunnan voimien laajaa osallistumista.

KIIITOKSET

Kirjoittaja kiittää Stakesin mielenterveysryhmän asiantuntijoita rakentavista kommentteista käsikirjoitusvaiheessa.

LÄHTEET

- CPT (2004). CPT Report to the Finnish Government on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 7 to 17 September 2003. CPT/Inf (2004) 20. Strasbourg: Council of Europe. http://www.cpt.coe.int/documents/fi_n/2004-20-inf-eng.pdf [10.1.2007].
- Dansk Psykiatrisk Selskab (2005). Rapport om ambulant tvang. København: Dansk Psykiatrisk Selskab. http://www.dpsnet.dk/fileadmin/web-filer/word/Rapporter/Rapport_AmbTvang05.doc [10.1.2007].
- Doughty, Carolyn (2005). The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults. A critical appraisal of the literature. NZHTA Report 2005:8(2).
- Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2006). Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa – MERTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Helsinki: Kuntaliitto. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/AA8D982E-DDB4-455F-AD51-880AD50791A5/0/187merttuverktoon.pdf> [10.1.2007]
- Helzer, J. E. & Kraemer, H. C. & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychol Med* 36 (12), 1671–80.
- Hämäläinen, Juha & Isometsä, Erkki & Laukkala, Tanja & Kaprio, Jaakko & Poikolainen, Kari & Heikkinen, Martti & Lindeman Sari & Aro Hillevi (2004). Use of health services for major depressive episode in Finland. *J Affective Disord* 79, 105–112.
- Härkäpää, K. & Reuter, A. & Puumalainen, J. & Hujanen, T. (2006). Finnish Clubhouses and their impact on well-being and quality of life. IX World Congress of Psychosocial Rehabilitation, Book of Abstracts, 83.
- Immonen, Tuula & Kiikkala, Irma & Ahonen, Juha (toim.) (2003). Mielekäs Elämä! -ohjelman toimenpidesuosituksset. Oppaita 2003:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/me_suositukset/me_suositukset.pdf [10.1.2007].
- Jané-Llopis, Eva & Anderson, Peter (2005). Mental health promotion and mental disorder prevention, A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen. http://www.imhpa.net/fileadmin/imhpa/A_Policy_for_Europe.pdf [10.1.2007].
- Kaivosoja, Matti (1996). Pakko auttaa. Tutkimus mielenterveyslain säätämisen heijastumisesta alaikäisten pakkoauttamiskäytäntöihin vuosina 1991–1993. *Julkaisuja* 1996:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula (2001). Kansalaisten käsityksiä hyvästä mielenterveydestä. Teoksessa Järvisalo, L. (toim.): Muutoksen kautta kasvuun. Pieksämäki: Kotilo ry, 22–35.
- Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula (toim.) (2002). Rakenteista sisältöön, sanoista tekoihin! Mielenterveyttä peruspalveluissa. Pääsky-ohjelman loppuraportti ja toimenpide-ehdotukset. *Julkaisuja* 2002:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/paasky/paasky.pdf> [10.1.2007].
- Kisely, S. & Campbell, L. A. & Preston, N. (2006). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD004408. DOI: 10.1002/14651858.CD004408.pub2. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cclsyrev/articles/CD004408/frame.html>.
- Koivunen, Mari (toim.) (2000). Tienviittoja kunnan mielenterveytyön suunnitelman laatimiseen. Helsinki: Stakes. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/8435CD50-E54C-4A77-A353-180D0494F899/0/Tienviitakirja4.pdf> [10.1.2007].
- Korkeila, Jyrki A. & Ostamo, Aini & Joukamaa, Matti & Salokangas, Raimo K. R. (2003a). Missä psykiatrit ovat? *Psychiatria Fennica* 34: Suppl. 1
- Korkeila, Jyrki A. & Töyry, S. & Kumpulainen, K. & Toivola, J. M. & Räsänen, K. & Kalimo, R. (2003b). Burnout and self-perceived health among Finnish psychiatrists and child psychiatrists: a national survey. *Scand J Public Health* 31(2):85–91.
- Korkeila, Jyrki (2006c). Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Selvityksiä 2006:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kärkkäinen, Jukka (2004). Onnistuiko psykiatrian yhdentymisen somaattiseen hoitojärjestelmään? Tutkimuksia 138. Helsinki: Stakes.

- Lassila, Antero (2006). Prosessiajattelu mielen-terveystyön kehittämisessä ja johtamisessa. *Suomen Lääkärilehti* 61(36):3615–3620.
- Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos (2006). Suomen lääketilasto 2005. Helsinki: Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos.
- Mielenterveyslaki 1990/1116.
- Mullen, Paul E. (2006). A modest proposal for another phenomenological approach to psychopathology. *Schizophr Bull* 33(1):113–121.
- Pirkola, Sami & Sohlman, Britta & Heilä, H. & Wahlbeck, Kristian (2007). Reductions in post-discharge suicide after deinstitutionalization and decentralization – a nationwide register study. *Psychiatr Services* 58: 221–226.
- Pöyhönen, Eveliina (toim.) (2003). Mielenterveyskuntoutujien klubitalo. Yhdessä kohti työelämää. Helsinki: Stakes.
- Sailas, Eila S. & Feodoroff, Benjamin & Virkkunen, Matti E. & Wahlbeck, Kristian (2005a). Growing rate of mental disorders in young prison population: a national register study of two cohorts. *BMJ* 330:1364–1365.
- Sailas, Eila S. & Feodoroff, Benjamin & Lindberg, Nina C. & Virkkunen, Matti E. & Sund, Reijo & Wahlbeck, Kristian (2005b). The mortality of young offenders sentenced to prison and its association with psychiatric disorders: a register study. *Eur J Publ Health* 16(2):193–197.
- Sohlman, Britta & Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula & Ahonen, Juha & Saalasti-Koskinen, Ulla (2003). Mielenterveystyö kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 68; 379–386.
- Sohlman, Britta & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian (2006). Psykiatrisen sairaalahoidon lyhenemisen yhteys hoidonjälkeisiin itsemurhiin. *Duodecim* 122:819–25.
- Sorvaniemi, Marko & Alho, Antti & Hohtari-Kivimäki, U & Kesti, Sini & Mattila, Sanna & Moglia, Pirjo & Pärssinen, Hanna & Raittio, Nina & Vattulainen, Kimmo (2006). Improved detection and pharmacotherapy of major depression from 1989 to 2001 in psychiatric outpatient care in Finland. *Nord J Psychiatry* 60:239–242.
- Sosiaali ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto (2002). Mielenterveyspalveluiden laatusuo-
 situs. Oppaita 2001:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf> [10.1.2007].
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2000). Mielenterveyspalveluiden kehittämissuosituksen julkaisu 2000:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2004). Työnjakoa ja työnrasitusta mielen-terveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. Työryhmämuistioita 2004:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2005). Rikos- ja mielen-terveyslain yhteensovittaminen. Kriminaalipolitoita koskevat säännökset. Työryhmämuistioita 2005:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Stakes (1994). Mielenterveystyö kunnan asialistalle! Oppaita 19. Helsinki: Stakes.
- Stakes (2006). Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2006. Helsinki: Stakes.
- Stengård, Eija (2005). Journey of hope and despair. The short-term outcome in schizophrenia and the experiences of caregivers of people with severe mental disorder. *Acta Universitatis Tamperensis* 1066. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tuori, Timo & Sohlman, Britta & Ekqvist, Marko & Solantaus, Tytti (2006). Alaikäisten psykiatrisen sairaalahoidon Suomessa 1995–2004. Raportteja 13/2006. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R13-2006-VERKKO.pdf> [10.1.2007].
- Vitikainen, Kirsi & Forma, Leena & Rissanen, Pekka & Raitanen, Jani & Kilkku, Nina & Ahonen, Juha (2005). Mielenterveys- ja päihdetyön kustannukset viidessä Pirkanmaan kunnassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2005. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Wahlbeck, Kristian (2004). Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 60–75.